

Nome do Réu: \_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

### **FORMULÁRIO DE ENTREVISTA SOBRE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS**

1. *Você já usou alguma vez álcool ou qualquer outra droga? Se afirmativa a resposta, quais?*
2. *Você alguma vez já achou que estava usando muito álcool ou quaisquer outras drogas?*
3. *Você já tentou diminuir o seu uso de substâncias?*
4. *Você já compareceu a qualquer tipo de tratamento de autoajuda?*
5. *Você já teve algum dos seguintes sintomas:*
  - *Desmaios ou outros períodos de perda de consciência*
  - *Ferimentos na cabeça depois de ter bebido ou usado drogas*
  - *Convulsões ou delirium tremens (DT's)*
  - *Hepatite ou outros problemas no fígado*
  - *Se sentindo mal, trêmulo ou deprimido quando para de usar drogas ou de consumir álcool*
  - *Sentindo os "percevejos da coca" ou sensações de bichos percorrendo o seu corpo por debaixo da pele quando deixa de usar drogas*
  - *Qualquer tipo de ferimentos depois de usar álcool ou drogas*
  - *Uso de agulhas para se injetar*
6. *A bebida ou o uso de drogas já causou algum problema entre você e a sua família e amigos?*
7. *Seu costume de beber ou outros usos de drogas já causaram problemas na escola ou no trabalho?*
8. *Você já foi preso ou teve problemas com a justiça devido às drogas ou ao uso de álcool?*

9. *Você já perdeu a calma ou entrou em discussões ou brigas quando estava bebendo ou usando drogas?*
10. *Você sente que precisa beber ou usar mais drogas para obter o mesmo efeito de antes?*
11. *Você se descobre gastando mais tempo para tentar encontrar uma maneira de conseguir drogas ou álcool?*
12. *Quando você está bebendo ou usando drogas você se acha com mais probabilidade de fazer algo que normalmente não faria? Por exemplo, fazer sexo sem proteção, descumprir regras ou infringir a lei, etc...?*
13. *Você se sente mal ou culpado por usar drogas ou bebidas alcoólicas?*
14. *Você já teve problemas com a bebida ou com as drogas?*
15. *Alguém da sua família já teve problemas com a bebida ou com as drogas? Se afirmativo, quem?*
16. *Você acha que tem problemas com a bebida ou com as drogas atualmente?*

Figura H-4. Pontuação para o Instrumento de Triagem Simples para Abuso de Substâncias

Nome/ ID No.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Itens 1 e 15 não são pontuados. Os itens a seguir são pontuados como 1 (Sim) ou 0 (não):

_____ 2	_____ 7	_____ 12
_____ 3	_____ 8	_____ 13
_____ 4	_____ 9	_____ 14
_____ 5 (nenhum item listado)	_____ 10	_____ 16
_____ 6		

Pontuação total: \_\_\_\_\_ Faixa de pontuação; 0-14

Interpretação preliminar das respostas:

Gradação da Pontuação de Risco de Abuso de Substâncias

0-1 Nenhum a baixo

2-3 Mínimo

≥ 4 Moderado a alto: possível necessidade de avaliação adicional

---

As perguntas números 1 e 15 não são pontuadas porque as respostas afirmativas a estas perguntas podem fornecer informações importantes sobre os antecedentes do entrevistado porém são muito genéricas para serem utilizadas na pontuação. Os itens de observações também não foram pensados para a pontuação, mas a presença da maioria destes sinais e sintomas pode indicar um problema de abuso de substâncias.

A expectativa é a de que as pessoas com um problema de abuso de substâncias terão uma pontuação de 4 ou acima no instrumento de seleção. Uma pontuação de menos do que 4, entretanto, não indica necessariamente a ausência de problemas com o abuso de substâncias. Uma pontuação baixa pode refletir um alto grau de negação ou uma falta de sinceridade nas respostas do entrevistado. As regras de pontuação ainda não foram validadas, e desta maneira o instrumento de seleção por abuso de substâncias precisa ser utilizado em conjunto com outras ferramentas de seleção ao se fazerem encaminhamentos.

*Questões de encaminhamentos*